



KLASA: _____

URBROJ: _____

Ime i prezime: _____

Članski broj: **HR**_____

OIB: _____

Adresa stanovanja: _____

E-mail: _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

Na temelju članka 12. Zakona o liječništvu ("Narodne novine" br. 121/03, 117/08) i članka 20. Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske liječničke komore, podnosim

**ZAHTJEV
ZA BRISANJEM IZ IMENIKA LIJEČNIKA**

kojim molim Naslov da mi izda rješenje o brisanju iz Imenika liječnika Hrvatske liječničke komore.

Zahtjevu prilažem:

Dokaz o uplati upravne pristojbe u iznosu od 35,00 kuna sukladno Tar. Br. 2. stavku 1. Uredbe o Tarifi upravnih pristojbi ("Narodne novine" br. 8/17, 37/17, 129/17, 18/19, 97/19, 128/19).

U _____, _____ (mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)